

Hỏi và Đáp

về việc chúng tôi có thể giúp quý vị bằng cách nào.

Chương trình này gọi là gì và chương trình này thế nào?

Chương trình này gọi là chương trình Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ hay ESI. Chương trình Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ đóng tiền bảo hiểm hàng tháng cho quý vị. Quý vị và gia đình của quý vị có thể ở cùng trong một chương trình bảo hiểm - và được khám bệnh bởi cùng một bác sĩ!

Tôi có vẫn được nhận thẻ ID bảo hiểm không?

Quý vị sẽ vẫn được nhận thẻ ID của DSHS để trả tiền co-pay và tiền khấu trừ.

Tất cả những người thân trong gia đình tôi có được hợp lệ không?

Chúng tôi có thể đóng tiền bảo hiểm hàng tháng cho những người nào trong gia đình không có trợ cấp của DSHS. Hãy gọi cho chúng tôi để biết thêm chi tiết.

Làm thế nào để tôi được biết thêm chi tiết?

Hãy gọi cho chúng tôi bằng điện thoại miễn phí số:

1-800-794-4360 và **bấm số 3**.

Hoặc, điền vào những câu hỏi trong đơn và gửi lại trong phong bì đính kèm. Không cần phải dán tem.



Tách rời ra, xếp lại, và gửi đi bằng phong bì đính kèm.



Đơn Xin Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ

1 Tên của quý vị: _____
Địa chỉ: _____
Số Điện Thoại: (____) _____

2 Tên sở làm: _____
Địa chỉ: _____
Số Điện Thoại: (____) _____

3 Bảo hiểm sức khỏe tại sở làm *Xin điền vào tất cả những chi tiết dưới đây hoặc gửi cho chúng tôi bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị.*
Tên của hãng bảo hiểm sở làm: _____
Địa chỉ công ty: _____
Số Điện Thoại: (____) _____
Số Hợp Đồng của Người Đứng Tên Mua Bảo Hiểm (có thể là của nhóm hay số hồ sơ y tế): _____

4 Trong gia đình quý vị ai đang có Medicaid?
Xin điền vào tất cả những chi tiết dưới đây hoặc gửi cho chúng tôi bản sao của thẻ ID bảo hiểm mới đây nhất màu xanh trắng.

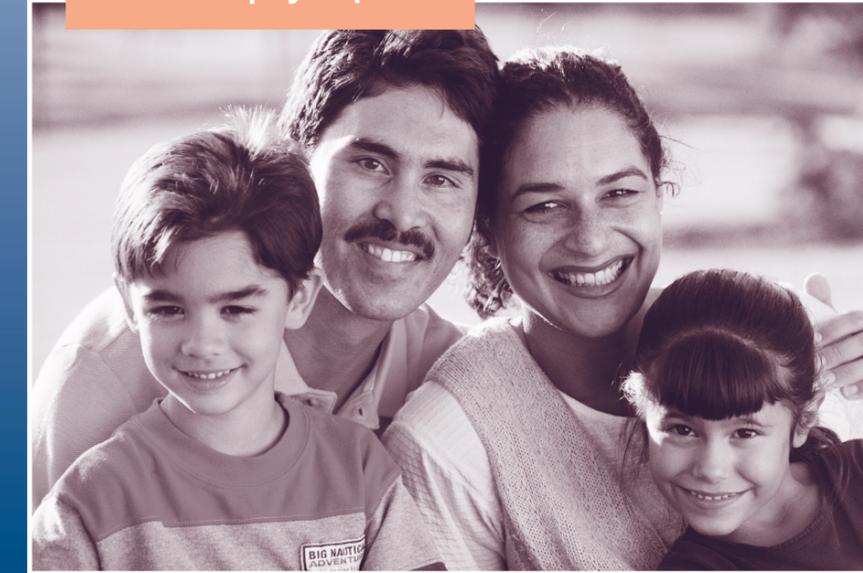
Tên	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội <i>(Không bắt buộc)</i>	Những người này có được sở làm của quý vị đài thọ bảo hiểm sức khỏe không?
1. _____	_____	____-____-____	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
2. _____	_____	____-____-____	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
3. _____	_____	____-____-____	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
4. _____	_____	____-____-____	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
5. _____	_____	____-____-____	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>

5 Tiền đóng bảo hiểm hàng tháng
Tiền đóng bảo hiểm hàng tháng cho sở làm của quý vị là bao nhiêu? \$ _____
Số tiền này có trừ trong chi phiếu tiền lương hàng tuần của quý vị không? Có Không mỗi 2 tuần? Có Không hàng tháng? Có Không
Nếu có, xin viết tên, địa chỉ, và số điện thoại của sở làm quý vị hoặc gửi cho chúng tôi bản sao của cương phiếu lãnh lương cho thấy có trừ tiền đóng bảo hiểm.
Tên: _____
Địa chỉ: _____
Số Điện Thoại: (____) _____

6 Khi ký tên vào đơn này, là quý vị cho phép hãng bảo hiểm của quý vị tiết lộ những chi tiết về bảo hiểm của quý vị cho chúng tôi.
Ký tên: _____ Ngày: _____

Tách rời ra, xếp lại, và gửi đi bằng phong bì đính kèm.

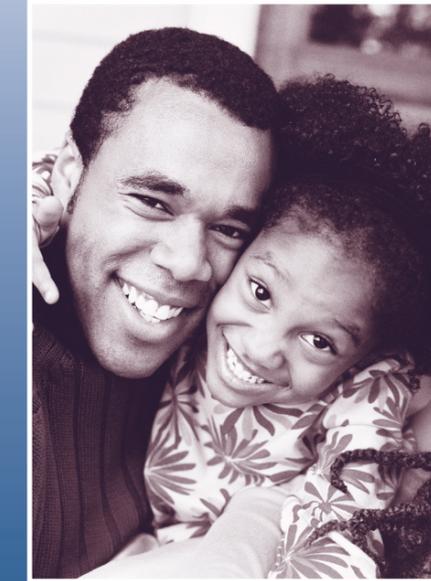
Đây là
thông tin
quan trọng về
bảo hiểm
sức khỏe
của quý vị!



Quý vị có được hưởng bảo hiểm qua số làm của quý vị không? Quý vị hoặc gia đình quý vị có được nhận thẻ y tế của DSHS không?

*Có một chương trình mới dành cho những gia đình lao động — gia đình của quý vị có thể được hợp lệ hưởng chương trình **Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ miễn phí!***

Washington State
Department of Social and Health Services



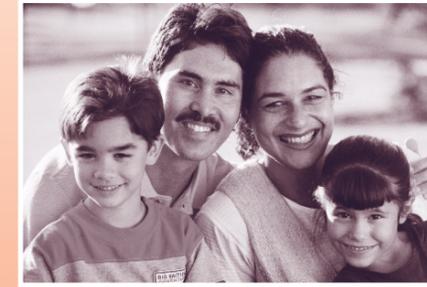
Tại sao Tiểu Bang lại khởi đầu chương trình **Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ (ESI)?**

Chương trình Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ của Bộ Xã Hội và Y Tế được lập ra bởi Lập Pháp năm 2004. Chương trình này tiết kiệm tiền cho những người đóng thuế tiểu bang và cho chính quyền cũng như những cơ sở thương mại được có cơ hội hợp tác trong việc gia tăng bảo hiểm sức khỏe tư cho các gia đình không có khả năng đóng tiền bảo hiểm hàng tháng cho chính họ và để giảm bớt chi phí về chăm sóc y tế cho tiểu bang.

Chương trình này làm việc như thế nào?

Bộ Xã Hội và Y Tế bảo đảm rằng sẽ tiết kiệm tiền cho tiểu bang. Kết quả mới tìm ra như sau:

- Hiện nay Medicaid chỉ tiền chăm sóc sức khỏe cho một người trung bình một tháng là \$173.
- Sau khi ghi danh vào chương trình Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ, tiền chi trung bình một tháng cho một người là \$92.



Nếu quý vị hoặc con quý vị đủ tiêu chuẩn hưởng Medicaid và quý vị muốn biết thêm về Chương Trình Bảo Hiểm Do Sở Làm Tài Trợ xin gọi số 1-800-794-4360 và bấm số 3



HRSA Health & Recovery
Services Administration

DSHS 22-622(X) VI (4/07)

Cấm kỳ thị trong tất cả các chương trình và mọi sinh hoạt. Không có ai bị loại khỏi chương trình vì lý do chủng tộc, sắc dân, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tôn giáo, tín ngưỡng hoặc tật nguyền.

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 256 OLYMPIA WA
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

WASHINGTON STATE
DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SVCS
EMPLOYER SPONSORED INSURANCE PROGRAM
PO BOX 45518
OLYMPIA WA 98599-5518



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

